

PROYECTO 880

MODERNIZACIÓN E INFRAESTRUCTURA DE SALUD

**SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
INFRAESTRUCTURA FÍSICA
BOGOTÁ, D.C.**

2016

Banco Distrital de Programas y Proyectos Ficha EBI-D

Fecha:
2016
Estado:
Inscrito _____
Registrado _____
Actualizado _____

1. Identificación

BANCO:	Distrital de Programas y Proyectos
ENTIDAD:	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C
PROYECTO:	“Modernización e Infraestructura de Salud”.

2. Clasificación

SECTOR:	Salud
PLAN DE DESARROLLO:	PLAN DE DESARROLLO, D. C., 2012 – 2016 “BOGOTÁ HUMANA”
EJE ESTRUCTURANTE	Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo. Salud.
PROGRAMA:	Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la diversidad
META PLAN	<ol style="list-style-type: none">1. Actualizar el plan maestro de equipamiento en salud, acorde al modelo de atención definido y a la red integrada, al 20162. Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas). que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.3. Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 20164. Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas.5. Crear el Instituto Distrital de Oncología.6. Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias.7. Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Tórax y Corazón.8. Ejecutar el 100% del Plan Maestro de Equipamientos en Salud, aprobado y programado para su ejecución en el período de gobierno 2012-2016.9. Poner en marcha 83 Centros de Salud y Desarrollo Humano al 2016.10. Gestionar la creación de un Instituto Pediátrico Distrital,

2016.

11. Propender por conformar una ESE pública como entidad especializada de trasplante preferencialmente de corazón, hígado, riñón y pulmón.
12. Crear una Unidad de Atención drogodependiente o de desintoxicación para las niñas, niños, las y los adolescentes consumidores de SPA en los diferentes grados de adicción. (Programa de Atención a la infancia, adolescencia y juventud).

3. Localización Geográfica

Localización:	Bogotá D.C.
Bogotá D.C.:	Las veinte (20) localidades del Distrito Capital

4. Problema y su Justificación

El nuevo esquema de planeación territorial, adoptado por la ley 1469 de 2011 y 388 de 1997 (Desarrollo Territorial) así como las normas sectoriales Resolución Distrital 1505 de 2011 referente a la Reorganización de Redes de Servicios de Salud en el Distrito Capital, implican la necesidad de articular dos instrumentos básicos de planeación de la ciudad: el POT y el Plan de Desarrollo – PDD-. El POT define a largo y mediano plazo el modelo de ocupación del territorio Distrital, señalando su estructura básica y las acciones territoriales necesarias para su adecuada organización, la cual estará vigente mientras no sea modificado o sustituido. La importancia de la relación salud-territorio se hizo explícita en el Decreto 619 de 2000, mediante el cual se adoptó por primera vez, el POT para el D.C. Esta norma estableció la obligatoriedad por parte del sector salud de diseñar el Plan Maestro de Equipamientos, el cual se constituyó en una herramienta para la gestión y planificación de la oferta de servicios de salud, tanto pública como privada en Bogotá, desarrollando nuevos instrumentos de ordenamiento, que buscan generar una distribución más equitativa y equilibrada sobre el territorio de la infraestructura disponible para la prestación de este tipo de servicios. Esta disposición fue refrendada en La Revisión POT decreto 469 Diciembre de 2003, y por último en el Decreto No. 190 de Junio de 2004, por medio del cual se compilan todas las disposiciones del Plan de Ordenamiento Territorial para Bogotá.

La evolución del Distrito Capital obedece a un proceso continuo y progresivo de cambios, y le da la potestad de contar con su propio estatuto para garantizar el desarrollo armónico e integrado y la eficiente prestación de los servicios de salud, impulsa el proceso de descentralización territorial con el propósito de garantizar los derechos básicos a la ciudadanía, contando con un equipo altamente calificado y competente.

Actualmente la administración comprende la necesidad de avanzar en mejorar el desarrollo humano de la ciudad, dando prioridad a la infancia y adolescencia con énfasis en la primera infancia y aplicando un enfoque diferencial en todas sus políticas. Se buscará que en Bogotá se reduzcan todas las formas de segregación social, económicas, espaciales y culturales, por medio del aumento de las capacidades de la población para el goce efectivo de los derechos, del acceso equitativo al disfrute de la ciudad, del apoyo al desarrollo de la economía popular, así como también

buscará aliviar la carga del gasto de los sectores más pobres y la promoción de políticas de defensa y protección de los derechos humanos de los ciudadanos y las ciudadanas.

A su vez, el plan de desarrollo contribuirá al ordenamiento del territorio alrededor del agua, minimizando las vulnerabilidades futuras derivadas del cambio climático y protegiendo en forma prioritaria la estructura ecológica principal de la ciudad, como base de un nuevo modelo de crecimiento urbano basado en la sostenibilidad ambiental, que incluye la revitalización de los espacios urbanos y rurales como expresión del uso democrático del suelo, y la promoción de un sistema de transporte multimodal.

El Plan de Desarrollo Distrital - Bogotá Humana, también fortalecerá lo público como principio del Estado social de derecho, mediante el fomento de la participación y decisión de la ciudadanía, la eficacia y eficiencia administrativa, la transparencia y lucha contra la corrupción y la seguridad ciudadana como baluarte de la convivencia.

Dicho instrumento, propone de forma complementaria al desarrollo de los proyectos de infraestructura hospitalaria incluidos en el Plan Maestro de Equipamientos en Salud, el desarrollo de una serie de institutos y entidades de carácter específico, que permitan dar un marco de operación a redes prioritarias, lideren la representación de problemáticas particulares, y permitan aumentar la gestión de recursos y capital entre otros. Se determinan como metas particulares la gestión y creación de los siguientes institutos y redes:

- **Instituto Oncológico Distrital**

En Colombia los tumores malignos para el año 2000 se ubicaron en tercer lugar luego de las enfermedades cardiovasculares y las lesiones por causa externa y representaron el 14,7% de todas las defunciones. Los más relevantes por la mortalidad que producen son en su orden: 1. para hombres y mujeres el de estómago; 2. para hombres, siguen en importancia los de pulmón y próstata; 3. para mujeres mama, cérvix y pulmón; 4. finalmente el colorectal para los dos sexos. La mortalidad mencionada refleja a su vez la incidencia, en la cual se observa como principales tipos de cáncer los de estómago y piel en ambos sexos, próstata y pulmón en hombres y cuello uterino y mama en mujeres.

Una de cada 6 personas que fallece tiene como causa un cáncer, siendo esta cifra mayor en las mujeres con el 20% de muertes para el año 2005. La proporción de muertes por cáncer que pueden atribuirse a condiciones de riesgo conocidas muestra un mayor peso para el tabaco y la alimentación donde se supone que cada uno de ellos aportan el 30% respectivamente.

En Bogotá en el año 2007 murieron 5.566 personas por tumores malignos (21,10%) de un total de 26.367 fallecimientos.

A pesar de no contar en la ciudad con registro poblacional de cáncer, en los informes de los registros institucionales se evidencia el predominio de cáncer de mama y cérvix como las neoplasias más frecuentes, no obstante de contar con pruebas de tamizaje consolidadas en el tiempo

Tomando la información consignada en los RIPS se observa que el tipo de cáncer más frecuente como causa de diagnóstico en población pobre no asegurada mayor de 15 años de Bogotá, es el tumor maligno de mama, seguido del tumor maligno de los órganos digestivos que afecta en mayor proporción a población masculina; en tercer lugar de frecuencia en diagnóstico se observan los

tumores malignos de los órganos genitales femeninos, y en cuarta y quinta instancia se diagnostican los tumores malignos del tejido linfático y los malignos de piel.

Frente a las necesidades identificadas no es fácil conocer con certeza si la oferta disponible en el D.C. es suficiente o no, pero se proyecta realizar estimaciones que permitan una aproximación de escenarios de análisis de oferta demanda y estimación de déficit o superávit de dichos servicios.

Con respecto a la distribución geográfica de la IPS que brindan servicios oncológicos en la ciudad, se observa que la mayoría de ellas se encuentran ubicadas en las zonas centro oriente y norte del D.C, constituyéndose en una barrera de acceso geográfico para la población. Adicionalmente, la contratación para la atención de población pobre no asegurada en el D.C. se ha venido prestando históricamente a través del INC y recientemente de la IPS Oncocare, aunado a la expectativa de contratación de servicios con red pública – Hospitales Occidente de Kennedy y El Tunal. En lo anterior se observa una dificultad para el acceso geográfico de las personas con cáncer a los servicios de atención integral en cáncer, dada la concentración de la atención de la población pobre no asegurada en el INC centro de referencia nacional en su calidad de prestador de servicios, afectando esta situación además la oportunidad de la atención de estas personas.

De otra parte, es necesario tener en cuenta que en la ciudad han surgido instituciones que no logran una calidad satisfactoria en la atención de esta patología que implica tecnología dura, infraestructura especializada y recurso humano calificado. En este sentido, el recurso humano necesario para un manejo idóneo del cáncer exige altos estándares de calidad, pues en general se trata de supraespecialidades que han ameritado un tiempo de formación y capacitación intensivo.

En el marco de la creación de una red de oncología distrital, la propuesta de la creación del Instituto Oncológico Distrital se orienta a la implementación de un ente que lidere la prestación continua e integral de los servicios de salud oncológicos con el fin de disminuir los factores de riesgo, preservar, recuperar y/o mejorar la salud de las personas con cáncer en el Distrito Capital.

• Instituto Pediátrico Distrital

La morbilidad y la mortalidad asociada al deterioro ambiental, afectan particularmente a las poblaciones más vulnerables, niños y niñas menores de 5 años y adultos mayores. El deterioro ambiental incrementa la demanda de los servicios de salud. Con el menoscabo del ambiente urbano y la concentración de contaminantes en agua, suelo, aire, alimentos, se incrementan las posibilidades de que se afecte la población expuesta. Eventos como la Enfermedad Respiratoria Aguda [ERA] y la Enfermedad Diarreica Aguda [EDA] se relaciona fuertemente con condiciones ambientales. La ERA es la primera causa de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años. Anualmente, en la red pública se atienden aproximadamente 36.000 menores. La atención por EDA, alcanzó en 2010 un total de 78.868 casos en población no asegurada, a desplazados y por atenciones no POS. De otra parte las Enfermedades Transmitidas por Alimentos [ETA] notificadas, en 2010 afectaron a los grupos de edad de 15 a 44 años donde se presentaron 1.521 casos [57%], seguido de niños entre 5 y 14 años con 753 casos [28%].

La Mortalidad evitable es entendida como aquella que se presenta particularmente en las gestantes, del recién nacido y en los menores de 5 años. La mayor proporción de estos fallecimientos se presenta en las localidades de Fontibón y Mártires; en los menores de 5 años, en las localidades de Chapinero, Santa Fe, Mártires, San Cristóbal, Usme y Ciudad Bolívar.

De la población mayor de 18 años, el 14,5% presenta hipertensión y el 3,5% tienen diabetes mellitus. La prevalencia de población con discapacidad es del 5,6%, y las condiciones crónicas son causas del 43% de ésta discapacidad. La Mortalidad prematura, en menores de 60 años, por condiciones crónicas es del 19,2%. Se estima que cada año se presentan 12.000 nuevos casos de cáncer.

En Bogotá, en los últimos veinte años, las enfermedades crónicas representan la principal carga de morbilidad y de mortalidad. Son en su conjunto, la primera causa de muerte la cual ha venido en incremento y tienen en común condiciones previas de exposición que anteceden al daño. Se destacan entre ellas: sedentarismo, patrones de consumo alimentarios inadecuados, consumo de tabaco y excesivo consumo de alcohol. También están las vivencias de la sexualidad, con satisfacción inadecuada de necesidades de afecto y exposición a riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas y la exposición ambiental u ocupacional a sustancias potencialmente tóxicas, entre otras. ; en 1983 la frecuencia relativa fue de 56%, en 1998 aumento al 65,87% y en 2009 llegó al 71,55%. Indicadores de actividad física y sus efectos, muestran que del total de la población del Distrito Capital, el 86% es inactiva físicamente, el 34% se encuentra en sobrepeso; el 11,5% son obesos y el 32% son fumadores

En población infantil, el perfil de morbilidad por eventos prioritarios en salud pública se caracteriza por presencia de sífilis congénita [245 casos en 2009], difteria [941 casos en 2010], rubeola [1.100 casos en 2010] infección respiratoria aguda [600.000 casos en 2010].

La primera causa de mortalidad infantil durante los años 2006 a 2010 fueron las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, seguidas de los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, causas que son modificables con estrategias de prevención como atención preconcepcional, adecuada nutrición durante el embarazo, detección, tratamiento y prevención de infecciones, control de enfermedades crónicas, evaluación de antecedentes familiares, diagnóstico y tratamiento in útero y fortalecimiento de la calidad en la atención del parto.

Con relación a la Mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, La mortalidad infantil aporta aproximadamente el 87% del total de muertes en menores de cinco años. El comportamiento de la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años se ve afectado por la dificultad de bajar las tasas de la mortalidad perinatal; por enfermedades congénitas y por neumonía. Cada año fallecen en Bogotá 24.5 menores por cada diez mil habitantes de este grupo de edad.

Aunque en el Distrito Capital, la mortalidad infantil se redujo, de una tasa de 18,5 por mil nacidos vivos en el 2000 a 11,7 en el 2010, es decir, una disminución relativa de 49,34%, aún persisten causas reductibles. Se requieren intervenciones sistemáticas y articuladas con la participación de los demás sectores de la Administración Distrital y de la comunidad

Partiendo del compromiso Distrital, acorde con el nivel Nacional y los objetivos del milenio se revisa el comportamiento de estos indicadores para el quinquenio 2004 – 2008 evidenciándose que las complicaciones del embarazo y el parto son las causas principales de muerte entre mujeres en edad reproductiva.

Basados en la propuesta de redes generales, los servicios de salud materna y perinatal estarán

organizados como UNIDADES DE RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL (I, II y III NIVEL)¹ donde se involucren e integren todas las intervenciones que se desarrollan con los individuos y colectividades; es decir que organice las acciones que van desde la caracterización, captación temprana, inducción a la demanda, canalización, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y recuperación y que todas éstas se ofrezcan a la familia gestante desde los diferentes ámbitos e instituciones bajo los principios de complementariedad y calidad con todos sus atributos: accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y participación social entre otros. En el marco de esta red, se propone la creación del Instituto Pediátrico Distrital, como espacio de referencia distrital para el fortalecimiento en la prestación de servicios materno perinatal, así como institución líder en el desarrollo de procesos de garantía con énfasis en población de este ciclo de vida.

• Instituto de Enfermedades Crónicas

Si bien es cierto que en Bogotá D.C. durante los últimos años mejoraron los indicadores de mortalidad evitable y en todos los grupos de edad², al comparar dichos resultados con estándares internacionales o con países que han logrado mejorar la calidad de vida de manera más equitativa, la ciudad dista mucho de niveles óptimos.

En cuanto al perfil de morbilidad, Bogotá muestra una combinación compleja. Aparece cada vez más el peso de las enfermedades crónicas, relacionado con el acumulado de formas de vida deletéreas en una población que vive más tiempo, pero al mismo tiempo, persisten las enfermedades infecciosas, emergentes y re emergentes, y aumentan las lesiones y muertes relacionadas con el trauma y la violencia, en especial de los jóvenes. En los últimos veinte años, las enfermedades crónicas representan la principal carga de morbilidad y de mortalidad. Son en su conjunto, la primera causa de muerte la cual ha venido en incremento; en 1983 la frecuencia relativa fue de 56%, en 1998 aumento al 65,87% y en 2009 llegó al 71,55%.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], el 80% de la mortalidad general se deriva de las condiciones crónicas en países no desarrollados, situación que genera muertes prematuras con carga social y económica significativa. "...Es el reto de atención de salud en este siglo...". Esta tendencia está generando aumento sin precedentes en la demanda de servicios de salud. Para este mismo organismo, este grupo de patologías incluye padecimientos y enfermedades que a pesar de tener manifestaciones clínicas diversas, comparten características básicas comunes, como persistencia, manejo durante años o decenios y desafío serio de la capacidad de los servicios de salud. Se caracterizan por tener estructuras causales complejas mediadas por múltiples condiciones de exposición, periodos de latencia largos, evolución prolongada, relativa incurabilidad y carácter degenerativo que, sin manejo adecuado, llevan a discapacidad o alteración funcional, con pérdida de autonomía de los sujetos afectados.

La presencia de condiciones crónicas se concibe como un proceso social con características distintas en los grupos humanos según forma en que se concretan modos de vida, particularidades del territorio, de clase social, de condiciones de trabajo y de la manera como se expresan las prácticas sociales a través de las construcciones culturales.

1 UNIDAD DE RED PARA LA ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL: conjunto de instituciones de I, II Y III nivel del Sector Público o Privado que se encuentran ubicadas en una misma área geográfica de la ciudad, y que funcionan dentro de una RED GENERAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2 Secretarías: de Hacienda y Salud de Bogotá D.C. Bogotá Piensa a Futuro. Un Marco de Gasto de Mediano Plazo Para el Sector salud. Bogotá D.C. octubre 23 de 2003

Las crónicas condiciones son consecuencia de la forma como se satisfacen necesidades humanas de alimentación, recreación, transporte, manejo del estrés, trabajo, afecto, interacción con el ambiente, educación, vivienda y comunicación. Hoy es claro que no son una consecuencia irreversible del tránsito de los sujetos a través de las diferentes etapas del ciclo vital cuyos orígenes y causas, en muchos de los casos, se presentan desde mucho antes de la gestación. Es decir, el envejecimiento por sí mismo no causa la enfermedad.

En Colombia, durante los últimos veinte años se han constituido en la principal carga de morbilidad y mortalidad. De manera específica, ocho condiciones aportaron 39% al total de defunciones (10.294 del total de 26.397). Para el caso de Bogotá D.C., la situación no es diferente. Registran una tendencia de constante aumento, en total se presentaron 15.867 muertes en 2000 y 19.148 en 2008; constituyen la primera causa de mortalidad y discapacidad; aportaron en 56% al total de muertes en 1983, 65,87% en 1998 y 77,39% en 2007; siendo en promedio responsables del 71.5% de las muertes ocurridas en el D.C. durante el período 1998-2010.

Como resultado de la revisión de la carga de la mortalidad causada por condiciones crónicas, se concluye que para Bogotá D.C. los retos frente a este tema son grandes, están relacionados con la intervención en los factores determinantes de las mismas, con el fin de atenuar la tendencia evidenciada en un persistente incremento de la carga de la mortalidad prematura registrada en menores de 60 años por enfermedades cardiovasculares y tumores malignos; la alta prevalencia de personas con condiciones crónicas; el alto pronóstico de discapacidad en niños y niñas con malformaciones congénitas; el incremento de condiciones crónicas en adultos jóvenes; el aumento de discapacidad por condiciones crónicas en población adulta; el incremento de personas con condiciones crónicas inadecuadamente atendidas y controladas; el incremento en gastos de salud innecesarios por incremento de eventos de alto costo; el aumento de personas y familias con calidad de vida deteriorada y envejecimientos no saludables; el impacto económico negativo por pérdida de capacidad productiva de quienes las padecen; la alta carga económica familiar y social en familias con personas en condición crónica; la atención inoportuna de las personas con condiciones crónicas; el exceso de hospitalizaciones de alta complejidad por condiciones crónicas inadecuadamente atendidas y controladas; la baja oportunidad de participación de las personas con condiciones crónicas en diversos escenarios comunitarios y la baja percepción personal, familiar, social, institucional del problema, entre otros

.A pesar de la disminución de estas tasas, la alta incidencia y prevalencia de condiciones crónicas, aunada a la baja cobertura de las acciones de promoción y prevención, afecta la prestación de servicios debido al alto costo del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, lo cual sumado a que la mayoría de los indicadores de salud muestran diferencias entre las localidades que resultan, injustas y evitables, se hace necesario dar cumplimiento a lo propuesto por el Plan Nacional de Desarrollo 2010- 2014 que en su Capítulo VI: Igualdad de oportunidades para la prosperidad social, propone:

“Deberá relevarse la importancia de los factores y determinantes que contribuyan a la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), en los diferentes grupos de población, del ciclo vital y los enfoques diferenciales referidos”.

Como respuesta sectorial a la problemática descrita, se hace necesaria dar cumplimiento al Decreto Nacional 3039 de 2007. Por medio del cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010,

que establece como una de sus prioridades el “Disminuir las enfermedades crónicas no trasmisibles y las discapacidades”, y es así como se determina el diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas), y como parte de la misma se debe Conformar el Instituto de Enfermedades Crónicas, al 2016 como espacio de referencia distrital para el afrontar la dinámica de esta mortalidad particular.

• Centro Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad

Según el DANE³ el 5% de la población de Bogotá presenta esta condición, lo que corresponde a aproximadamente a 378.567 personas⁴. Se han logrado caracterizar 185.447 personas con discapacidad en todo el Distrito Capital hasta el año 20115, llegando al 48% de la población estimada.

A partir del Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad de Bogotá, se identifica que la situación de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores presentan escaso acceso a espacios y oportunidades de desarrollo y participación⁶. Esto relacionado con la existencia de barreras actitudinales, físicas, ideológicas, económicas y políticas que restringen su inclusión en entornos de participación familiar, social, política económica y cultural, restricción en el ejercicio de sus derechos en salud y empobrecimiento en su calidad de vida de vida.

La población con discapacidad en Bogotá D.C.,⁷ en su mayoría se encuentra en las etapas de ciclo de vida de vejez representando el 45 % y adultez con el 40%. Esta población es de predominio femenino, representando el 60% del total de la población registrada; comportamiento que se invierte con la edad, pues durante la infancia y la adolescencia es mayor el número de hombres con discapacidad, el grupo de edad donde se concentra la mayoría de esta población es el de los 65 a 69 años, en ambos sexos. Lo anterior sugiere que el aumento en la edad se puede constituir como un posible factor de riesgo asociado con la presentación de la discapacidad y que por ende es necesario establecer acciones que desde la niñez favorezcan la individualidad y fortalezcan la autonomía con proyección hacia una vida adulta.

Las localidades de Kennedy, Rafael Uribe y Bosa, en su orden son las que presentan más personas con discapacidad registradas; no obstante y de acuerdo con la población total de cada localidad esta condición es más representativa en las localidades de Sumapaz, Rafael Uribe y Candelaria.

El 99% es de etnia mestiza, el 47% pertenece al estrato 2, el 1,2% (1987 personas con discapacidad) se encuentran en situación de desplazamiento, de las cuales el 17% viven en la localidad de Bosa, el 16% en la localidad de Kennedy. De acuerdo con el régimen de afiliación en salud se observa que 39,5% pertenece al régimen contributivo, el 35,5% al subsidiado, el 13,7% al vinculado y el 7,4% manifestó no pertenecer a ningún régimen de afiliación.

3 DANE. Censo 2005.

4 DANE, Proyecciones de Población 2005-2015.

5 Registro Para la Localización y Caracterización de personas con discapacidad, Ministerio de salud y Protección Social, Cifras oficiales a 2010 de (171.459) personas con discapacidad. Aplicativo del Registro Para la Localización y Caracterización de personas con discapacidad Secretaria Distrital de salud, cifras preliminares del 2011 de (13.988) personas con discapacidad registradas.

6 Secretaria Distrital de Salud. Grupo técnico de discapacidad. Resumen de política de discapacidad. 2011. Bogotá.

7 Tomado del documento de “Actualización de la caracterización socio demográfica de la población con discapacidad en Bogotá; 2005-2010”

Adicionalmente, el 31% de esta población requiere ayuda permanente de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria; en estos casos lo más frecuente es que el cuidador sea una mujer y que ésta sea miembro del hogar; trayendo como consecuencia la afectación del proyecto de vida autonomía e inclusión social de la personas con discapacidad y del cuidador o cuidadora, así como la condición socioeconómica del núcleo familiar.

En cumplimiento a lo propuesto por el Plan Nacional de Desarrollo 2010- 2014 que en su Capítulo VI: Igualdad de oportunidades para la prosperidad social, se hace necesario *“fortalecer el Sistema Nacional de Discapacidad (SND) en el desarrollo de los compromisos adquiridos en la Convención de Naciones Unidas sobre derechos de las personas con discapacidad, adecuando la política y los planes de acción, considerando, entre otros, los siguientes aspectos: (1) la formación de redes sociales territoriales y comunitarias; (2) la evaluación de la pertinencia, el alcance y el aporte de la gestión de las diferentes instituciones que hacen parte del SND; (3) la definición y avances en la atención integral a personas en condición de discapacidad; la actualización del registro nacional de discapacidad; y (4) la formalización de la valoración y medición de la condición de discapacidad”*.

Es así, como el Distrito Capital se propone diseñar e implementar la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad, 2016, que permita garantizar los derechos de las personas con discapacidad sus familias, cuidadores y cuidadoras, así como para prevenir las limitaciones evitables, promocionar la autonomía personal, social y política de las personas con discapacidad y su inclusión social. Dicha propuesta, determina así mismo la puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas, como centro de referencia distrital para la red e institución prestadora de servicios de salud que encabece las acciones en la habilitación y rehabilitación de la población del distrito y que tenga en su misión el trascender a la promoción de la salud, la prevención y detección temprana de deficiencias y limitaciones y la integración en las redes sociales de apoyo.

• Red Distrital de Salud Mental

Habitualmente se habla de "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que solamente el funcionamiento orgánico y físico del individuo, pues los diferentes conceptos de salud mental incluyen y resaltan principalmente elementos como el bienestar subjetivo, la autonomía, la proactividad y la capacidad de enfrentamiento, entre otros.

En respuesta al “deber ser” y a la realidad manifiesta en materia de salud mental en Colombia y en armonía con la Constitución Política Nacional (artículo 47), el Ministerio de la Protección Social en el año 1998 formulo una Política Nacional en Salud Mental cuyos lineamientos requirieron ser actualizados en el 2005, los cuales para el 2007 definieron una nueva Política con un abordaje y mirada más amplia de lo que en el país, cultural y socialmente se considera “salud mental” y “enfermedad mental”. Así mismo, varias décadas atrás paulatinamente se ha ido desarrollando un marco legislativo y normativo no solo a nivel nacional, sino distrital que ha permitido intervenir en diversos eventos que afectan directa e indirectamente en la salud mental individual y colectiva de la sociedad.

Según el Estudio Nacional de Salud Mental 2003, el cual forma parte de La Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 40,1% de la población, es decir 8 de cada 20 colombianos reportó haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23

trastornos psiquiátricos, el 16,0% (3 personas de cada 20 de la muestra) evidenció trastornos mentales en los últimos doce meses y el 7,4% 1 persona de cada 20 presentó alguno en los últimos treinta días. Los trastornos más frecuentemente reportados alguna vez en la vida fueron los de ansiedad (19,3%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (15,0%) y los trastornos por uso de sustancias (10,6%) tal como lo muestra la tabla N° 21. El 4,9% de la población estudiada ha intentado suicidarse alguna vez en la vida y el 1,3% lo ha intentado en los últimos treinta días.

De acuerdo a la misma fuente, el uso más alto de drogas se presenta en el ciclo juventud (18-29 años) con un 15%, y es la etapa en la cual las mujeres presentan el uso más alto de estas con un 8%, mientras que en los hombres el uso más frecuente de drogas se presenta en el ciclo de adultez (45-59 años) con un 29.7%, aunque con un promedio de consumo equivalente en las anteriores etapas de su ciclo vital.

Bogotá como Distrito Capital, que cuenta con una de las más altas poblaciones del país, así como de prevalencia en materia de enfermedades mentales y problemáticas psicosociales, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud en el 2004 concibe la Política Distrital de Salud Mental- PDSM como una estrategia soportada en el esfuerzo del Estado, la participación activa de la sociedad, el desarrollo de intervenciones transectoriales y sectoriales, de enfoque promocional y de carácter integral, que constituyan una respuesta social efectiva, equitativa, solidaria y sostenible, a las necesidades de las personas, las comunidades y la ciudad

La constitución de red de salud mental debe dar cuenta tanto de las necesidades de diversos grupos poblaciones, en sus distintas etapas del ciclo vital, considerando sus particularidades de estado mental, salud física, identidad de género, ideología, prácticas, etnia, condiciones socio-culturales y judiciales etc., como de la efectividad y calidad de su respuesta a nivel individual y colectivo; en el marco de un portafolio institucional de servicios que esté acorde a esas necesidades y perfil epidemiológico de la población sujeto de atención localizada en la zona geográfica de intervención. Sin embargo, en consideración a las prevalencias antes expuestas, se diseñar e implementar la Red Distrital de Salud Mental con énfasis en la atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016.

De igual manera, se plantea el desarrollo de dos instituciones, como referentes para el desarrollo de las acciones requeridas:

- Unidad de Atención drogodependiente o de desintoxicación para las niñas, niños, las y los adolescentes consumidores de SPA en los diferentes grados de adicción, vinculada al Programa de Atención a la infancia, adolescencia y juventud.
- Ciudadela de Salud Mental: como institución referente del Distrito Capital, destinada a la prevención y atención de los eventos prioritarios en salud mental identificados como conducta suicida, enfermedad mental, consumo de psicoactivos y violencias (física, emocional, sexual, económica, negligencia, abandono) que esté en capacidad de ofrecer tratamientos integrales terapéuticos, farmacológicos y psicosociales, para pacientes en ciclos vitales juveniles, adultos y adultos mayores, población habitante de calle con adicciones severas sin o con comorbilidad psiquiátrica (patología dual) que tengan o no una red social con capacidad de apoyo y contención.

Si bien los procesos de desconcentración han operado en Bogotá, sus desarrollos aún son escasos

y persisten serias desigualdades en el uso del territorio y en las dotaciones disponibles para los ciudadanos entre localidades, lo que genera una ciudad segregada. Actualmente, una de las principales barreras de acceso a los servicios de salud en la ciudad es la geográfica; barrera que se mantiene a pesar de que sin duda, la oferta de servicios de salud en el Distrito Capital ha aumentado.

De acuerdo a la última verificación de distribución geográfica de prestadores de servicios de salud, estos se ubican de la siguiente manera: El 50% de los prestadores se ubican en la zona norte, el 20 %, en las zona sur occidente, el 18% centro oriente y el 12% al sur de la ciudad, y de acuerdo a cifras establecidas por la Secretaria de Planeación Distrital, el 95% de los prestadores de servicios son privados, y atienden régimen contributivo, mientras que solo el 5% corresponde a la Red Publica, demostrando así, el precario estado tanto de la cobertura universal de salud, así como las deficiencias en la prestación de servicios de salud públicos, referido a infraestructura. Esta distribución ha respondido a la dinámica de la prestación de servicios de salud, siguiendo las preferencias de los oferentes más que las necesidades y las expectativas de atención de la población, situación que hoy se reconoce como una seria barrera para el acceso a los servicios de los más pobres, es importante observar la menor presencia en dos áreas geográficas de la ciudad identificadas con bajas condiciones en la calidad de vida de la población que son la zonas sur y centro oriente.

La oferta de servicios de salud en Bogotá Distrito Capital está dada por profesionales independientes, Instituciones con objeto social diferente que prestan servicios de salud, transporte especial e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las cuales se clasifican según su naturaleza jurídica en IPS públicas y privadas con ánimo de lucro y privadas sin ánimo de lucro.

La distribución por clase de prestador en la ciudad es la siguiente:

CLASE_PRESTADOR	Total	%
IPS	3.340	20,6%
OBJETO SOCIAL DIFERENTE	360	2,2%
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	12.395	76,6%
TRANSPORTE ESPECIAL	90	0,6%
Total general	16.185	100,0%

De dicha distribución se concluye:

- El 58.5 % de las IPS se concentran en cuatro localidades: Usaquén, 20%, Chapinero 19%, Suba 9,7% y Teusaquillo 9,6%.
- El 57% de los profesionales independientes se concentra en dos localidades: Usaquén 26% y Chapinero 30%.
- Según su naturaleza, 3.151 puntos de atención son de carácter privado y mixto y 189 son de carácter público.

La inequitativa distribución implica una barrera de acceso a los servicios para la población de la ciudad que requiere decisiones de regulación de la oferta de servicios de Salud, para lo cual, la reformulación e implementación del Plan Maestro de Equipamientos en Salud constituye una herramienta de singular importancia.

Por otra parte, el Diagnóstico para las IPS privadas y no adscritas⁸ ha permitido identificar una serie de impactos de carácter urbanístico y en la movilidad que afectan la prestación de servicios de salud para los grupos de población más vulnerables de la ciudad. Con base a lo anterior y de acuerdo a agenda establecida con la Dirección de Planes Maestros y Complementarios de la Secretaría Distrital de Planeación, se hizo necesario presentar una propuesta de modificación y armonización del Decreto 318 de 2006.

Sin embargo el alcance de la modificación que actualmente busca ser adoptada, se limita a ajustar las normas y estándares urbanos y arquitectónicos que permitan adelantar el trámite de licencias, formular planes de regularización e implantación, como parte del objetivo de alcanzar calidad y seguridad en los equipamientos, así como la modificación de algunos aspectos de la normatividad urbana para equipamientos de Salud, y la inclusión de componentes faltantes para el correcto desarrollo del plan.

Se hace necesario adelantar una propuesta modificatoria del PMES de carácter estructural, que incorpore políticas, estrategias y norma urbana que permitan facilitar el acceso de la población en general a los servicios de salud en Bogotá D.C. respondiendo a la consolidación de las centralidades y garantizando la coherencia con el POT, en el modelo territorial propuesto para ciudad.

Para la vigencia del presente proyecto de inversión, se proyecta el desarrollo de las siguientes actividades:

- Actualización del Plan Maestro de Equipamientos en Salud – PMES, con el fin de dar respuesta a las necesidades de atención en salud de la población, atendiendo los requerimientos de eficiencia, oportunidad y calidad de la atención, bajo un modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud y en cumplimiento del ejercicio de Rectoría de la SDS, para disminuir barreras de acceso con equidad y transparencia en la gestión.
- Inversión en proyectos relacionados con saneamiento patrimonial, gestión, planeación, diseño, construcción, adecuación, ampliación, remodelación y dotación de las instituciones públicas, mediante la formulación de convenios de cooperación, contratación y demás instrumentos que confiere la ley para el desarrollo de infraestructura hospitalaria.
- Brindar asesoría y asistencia técnica, en coordinación con las áreas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, para la determinación de acciones, actores y procesos de creación, fortalecimiento y consolidación de las instituciones y redes:
 - Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas) que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.
 - Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para

⁸ Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Diagnóstico red privada de prestadores D.C. Bogotá D.C. 2007.

atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial.

- Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas.
 - Instituto Distrital de Oncología
 - Instituto Distrital de Neurociencias.
 - Instituto Distrital de Tórax y Corazón
 - Instituto Pediátrico Distrital.
 - Unidad de Atención drogodependiente o de desintoxicación para las niñas, niños, las y los adolescentes consumidores de SPA en los diferentes grados de adicción (Programa de Atención a la infancia, adolescencia y juventud).
- Desarrollar, financiar, y brindar soporte de gestión para los proyectos de infraestructura y dotación requeridos para la implementación y funcionamiento de las redes e institutos mencionados.
 - Apoyar la gestión y desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación que permitan propender por conformar una ESE pública como entidad especializada de trasplante preferencialmente de corazón, hígado, riñón y pulmón.
 - Publicación y socialización de documentos, manuales, guías relacionados con la implementación del PMES, prototipos, manuales, y demás elementos pertenecientes al ámbito de la temática, propendiendo por el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud
 - Ejercer la rectoría en garantizar la correcta administración y ejecución del patrimonio público, en las etapas pre-contractuales, contractuales y post-contractuales de los proyectos de infraestructura, en procura de un manejo correcto de los recursos, y por ende en protección del interés general de la población.
 - Asesorar a la Secretaría de Salud en lo referente al mantenimiento y desarrollo proyectos de dotación y equipamiento biomédico.
 - Contratar por modalidad de prestación de servicios profesionales del talento humano del grupo técnico del grupo de infraestructura.

Problema principal

La red hospitalaria adscrita presenta grandes deficiencias en su infraestructura y capacidad instalada, originada en el aumento constante de la demanda de servicios, la obsolescencia y desactualización de espacios y equipos biomédicos, y la necesidad de hacer reforzamientos y reubicaciones para mitigar la vulnerabilidad física de las instituciones prestadoras de salud.

Identificación de las principales causas del problema o necesidad:

- Necesidad de cumplimiento del Decreto 318/2006 en lo que refiere a la ejecución de obras e intervenciones proyectadas para el periodo de gobierno 2012- 2016
- Obras inconclusas de la pasada administración que necesitan ser entregadas y puestas en servicio para la ciudad.
- Actualización periódica del Plan Maestro de Equipamientos de acuerdo con las necesidades en salud de los habitantes de la ciudad, en armonía con otros instrumentos de ordenamiento.
- Mejoramiento y desarrollo de acciones de contingencia para servicios de carácter prioritario, así como las necesidades originadas por picos (ERA- IRA –maternidad – salud mental)

- El Tiempo de construcción de las edificaciones: (aprox. 20 años), indica que alguna de las instituciones ya cumplieron con su vida útil, se evidencia que es necesario realizar intervenciones importantes en los sistemas vitales como son: redes hidrosanitarias, eléctricas, reforzamiento estructural y siendo necesario dar estricto cumplimiento con la Norma Colombiana de Diseño y Construcción Sismo Resistente- NSR10
- La desactualización tecnológica y de dotación, que por su nivel de obsolescencia y deterioro físico con el consecuente detrimento en la calidad y oportunidad de los servicios, requiere su reposición para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud.
- El ejercicio de la rectoría y como autoridad sanitaria requiere obras específicas en cada uno de estos centros adscritos al ente, dependiendo de su función.

Identificación de las principales consecuencias del problema o necesidad:

- De no ser actualizado el PMES, se presentarían conflictos en la aplicación de la norma, y en particular si los instrumentos de mayor jerarquía establecen parámetros normativos y de localización (entro otros), contradictorios o de difícil interpretación, lo cual impediría el desarrollo de obras de infraestructura tanto de la red pública como de la privada.
- De no ser adecuadas y terminadas las obras inconclusas de la pasada administración de tendría se incurriría en detrimento patrimonial, ya que no se pondrían en funcionamiento obras necesarias y estimadas en el PMES.
- La no actualización y mejoramiento de dotación, imposibilitaría una adecuada prestación de servicios de salud, así como llevaría eventualmente a un alto grado de obsolescencia, que obligaría a una reposición más extensa y costosa.

Identificación de las principales dificultades para el desarrollo del proyecto:

Dentro de las dificultades que se encuentran para el desarrollo de la Infraestructura Física se destacan las siguientes:

Proceso de legalización de predios: Se encuentran situaciones que han impedido cumplir con los cronogramas establecidos para los Puntos de Atención definidos para implementar el Reforzamiento Estructural. Se hace necesario fortalecer los sistemas de información y las interrelaciones con entidades, para agilizar los proceso de evaluación preliminar de los inmuebles a intervenir

- **Legalización Jurídica:** Los predios en donde funcionan los distintos puntos de atención de la Red Pública Hospitalaria cuentan con las siguientes características de titularidad:
 - Propiedad de Distrito Capital
 - Propiedad de la Lotería de Bogotá
 - Propiedad de los Hospitales
 - Propiedad del Ente Territorial
 - Predios sin titularidad
 - Propiedad de particulares

- **Legalización Urbanística:** Corresponde aquellas actividades que garanticen la incorporación del plano topográfico del predio a los planos de la ciudad y que cada uno de ellos cuente con la normativa urbanística que permita intervenirlo, construirlo, ampliarlo y destinarlo para el uso en salud.
- **Áreas:** Las normas relacionadas con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y específicamente las de habilitación 2309/02 y 1439/02, contemplaron que para diciembre de 2003 las IPS debían cumplir con los requerimientos de la norma; los hospitales apoyados por la Secretaría Distrital de Salud en un alto porcentaje adelantaron su habilitación, sin embargo algunas instalaciones aunque cumplen a la fecha con esta norma, han llegado al límite de su vida útil y presentan problemas de hacinamiento, ventilación e iluminación, requiriendo para la prestación de servicios de ampliaciones, remodelaciones y , adecuaciones sin embargo, en el marco de lo solicitado por el PMES, se plantean intervenciones integrales que permitan el mejoramiento, en un horizonte superior a 10 años.
- **Tiempo de construcción de las edificaciones:** (aprox. 20 años) , este periodo indica que alguna de las instituciones ya cumplieron con su vida útil, se evidencia que es necesario realizar intervenciones importantes en los sistemas vitales como son: redes hidrosanitarias, eléctricas, reforzamiento estructural y siendo necesario dar estricto cumplimiento con la Norma Colombiana de Diseño y Construcción Sismo Resistente- NSR10, que, que las construcciones existentes que por su uso se les clasifique como construcciones indispensables y de atención a la comunidad, que es el caso de los Hospitales de la Red Adscrita se les debe evaluar su vulnerabilidad sísmica y deben ser reforzadas para llevarlas a un nivel de seguridad sísmica equivalente a la de una edificación nueva diseñada y construida de acuerdo con los parámetros de esta Norma, es así como el PMES solicita la priorización de este tipo de intervención para equipamientos que presten servicios de hospitalización y urgencias entre otros.
- **Dotación y reposición de equipos médicos:** La desactualización tecnológica se ocasiona de manera progresiva a medida que se desarrollan nuevas mejoras por parte de proveedores, situando en posición desfavorable a las actuales, ofreciendo ventajas en precio, calidad, espacio y efectividad, lo cual es aún más afectado en la medida que se reduce la oferta de repuestos para los equipos de mayor antigüedad. El aumento en el nivel de obsolescencia y deterioro físico va en detrimento en la calidad y oportunidad de los servicios, por lo que se hace necesario proyectar su reposición para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud
- Adicionalmente, la Secretaría Distrital de Salud administra el funcionamiento de infraestructuras que hacen parte del ejercicio de rectoría, regulación y autoridad sanitaria como son el Centro Zoonosis, Hemocentro Distrital, Laboratorio de Salud Pública, Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y el Centro administrativo, los cuales en la actualidad se encuentran terminados y en operación. Con el fin de mejorar las condiciones de operación y servicios a la comunidad se hace necesario realizar obras específicas en cada uno de estos centros dependiendo de su función, entre ellas mantenimientos preventivos y correctivos, adecuaciones para el mejoramiento, ampliaciones y reparaciones, entre otros.

En cumplimiento de la misión institucional, la Dirección de Desarrollo de Servicios tiene como funciones diseñar las políticas que garanticen la eficiencia de los procesos de Infraestructura Hospitalaria y la supervisión de todos y cada uno de los convenios o contratos que se hayan derivado o se deriven del proyecto de inversión de Desarrollo de Infraestructura Hospitalaria

5. Descripción

El desarrollo del proyecto pretende resolver los inconvenientes de infraestructura física y dotación que presentan actualmente las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud y las instalaciones que están a cargo de la entidad. Se hace necesario el desarrollo del desarrollo de las intervenciones determinadas por el Decreto 318 de 2006 (o la norma que le modifique o sustituya), así como el desarrollo de los institutos, redes y sus infraestructuras, que permitan una actuación integral que le permita al distrito Capital garantizar un acceso eficiente y equitativo a los servicios de salud.

Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las prioridades definidas para el Distrito Capital y con los recursos disponibles, este proyecto incluye la actualización del Plan Maestro de Equipamientos de Salud, a las acciones en gestión, planeación, ejecución y puesta en funcionamiento y dotación de proyectos integrales de infraestructura y dotación de las instituciones públicas pertenecientes al sector salud, así como el desarrollo de equipamientos que fortalezcan específicamente políticas institucionales tales como son los Centros de Desarrollo Humano y los institutos para redes prioritarias.

El Plan Maestro de Equipamientos de Salud constituye el instrumento urbanístico guía (que complementado por la norma sectorial y específica), plantea un equilibrio de los objetivos, políticas y estrategias relacionadas con el desarrollo de las infraestructuras, dotación y servicios de salud, con la norma urbana, instrumentos y proyectos que son necesarios para lograr una mejor distribución territorial de la oferta de servicios de salud en el Distrito Capital.

Se hace necesario realizar su actualización, armonización y articulación con una política territorial de equipamientos a formular, y como respuesta a las variaciones presentadas en las dinámicas de funcionamiento del sector salud, al desarrollo de infraestructuras, planes, programas y proyecciones de la ciudad, y en particular, a la necesidad de complemento y armonización con el modelo de prestación de servicios de salud y al modelo de atención primaria en salud, que, a través de equipamientos específicos como son los Centros de Salud y Desarrollo Humano, fortalecen la presencia institucional en los territorios de la ciudad, buscando integrar actividades individuales, colectivas e intersectoriales, y brindan el soporte para el desarrollo de actividades que afecten positivamente determinantes, superando barreras de acceso a servicios de salud y servicios sociales de toda índole para la población

En este orden de ideas, se hace necesario el fortalecimiento en la infraestructura física en sus componentes de obras y dotación para garantizar que la entidad desarrolle con éxito el modelo de atención primaria en salud que esta orientado hacia la garantía del derecho a la salud y apoyada con la APS como la estrategia fundamental para su realización, así mismo se basa en el principio de la equidad como orientador de la acción comunitaria.

La actuación descrita permitirá a la Secretaría Distrital de Salud avanzar en la garantía del derecho a la salud de los habitantes de Bogotá, disminuyendo las desigualdades injustas y evitables en este campo entendiéndose la salud como un bien público.

6. Objetivos

General

Fortalecer la red pública hospitalaria adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, en los tres niveles de complejidad, mediante la modernización de su capacidad instalada, tecnológica y equipamiento estructural, que permita el mejoramiento de la capacidad resolutive, la competitividad, la sostenibilidad financiera, la amigabilidad ambiental, la humanización en la prestación de los servicios y que favorezca mejores resultados de la prestación de servicios salud.

Específicos

1. Revisar, Implementar, ajustar y/o complementar en forma integral el Plan Maestro de Equipamientos en Salud para la red de prestadores del Distrito Capital en el marco de la política de prestación de servicios de salud; los instrumentos urbanos vigentes, el sistema distrital de equipamientos y demás normas y leyes.
2. Fomentar, gestionar, asesorar y realizar estricto seguimiento el desarrollo armónico de los equipamientos de salud en articulación con los instrumentos de Planeación y de manera consecuente a los planes bienales de inversión en Infraestructura y Dotación.
3. Fortalecer y/o generar la información de territorio físico, funcional, social y político administrativo, asociada a la planeación de la red de equipamientos del distrito capital y la región.
4. Fomentar, gestionar y desarrollar proyectos de infraestructura y dotación, que den soporte a la especialización de servicios en el segundo y tercer nivel de complejidad, y en particular a la creación de redes e institutos orientados a temáticas particulares, integrando programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas.
5. Fortalecer los sistemas de información geográfica con adecuados niveles de calidad de datos, de modo que se fortalezcan los ejercicios de planeación y seguimiento.
6. Poner el funcionamiento 83 centros de salud y desarrollo humano, que permitan fortalecer la presencia institucional en los territorios de la ciudad, buscando integrar actividades individuales, colectivas e intersectoriales, y brindar el soporte para el desarrollo de actividades que afecten positivamente determinantes, superando barreras de acceso a servicios de salud y servicios sociales de toda índole para la población.
7. Desarrollar las obras de adecuación, ampliación, y mejoramiento de las infraestructuras pertenecientes a la SDS, permitiendo brindar un marco soporte para su ejercicio de rectoría como autoridad sanitaria para el D.C.

8. Metas

ID 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
NOMBRE O DESCRIPCION	Unidad de medida	Años del Proyecto / Años Calendario					Total
		0	1	2	3	4	
		2012	2013	2014	2015	2016	
Actualizar el plan maestro de equipamiento en salud, acorde al modelo de atención definido y a la red integrada, al 2016	Porcentaje de actualización del plan	15,00%	15,00%	21,00%	18,00%	5,00%	74,00%
Crear una Unidad de Atención drogodependiente o de desintoxicación para las niñas, niños, las y los adolescentes consumidores de SPA en los diferentes grados de adicción. (Programa de Atención a la infancia, adolescencia y juventud).	Porcentaje de avance	1,30%	10,00%	11,60%	18,75%	0,00%	41,21%
Diseño e implementación de la Red Distrital para la atención de personas con enfermedades crónicas (énfasis en diabetes, nefrología, hipertensión y degenerativas), que incluye la conformación del Instituto de Enfermedades Crónicas.	Porcentaje de avance	5,00%	22,00%	9,520%	0,00%	0,00%	36,52%
Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, al 2016	Porcentaje de avance	5,00%	10,00%	10,40%	1,49%	0,00%	26,89%
Diseño e implementación de la Red Distrital de Atención Integral a Personas con Discapacidad que incluye puesta en funcionamiento de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas	Porcentaje de avance	5,00%	18,00%	19,66%	24,29%	0,00%	67,15%
Crear el Instituto Distrital de Oncología.	Porcentaje de formalización y legalización	0,99%	10,00%	9,16%	33,94%	0,00%	54,09%
Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias.	Porcentaje de desarrollo de la primera fase	0,99%	4,00%	8,20%	1,45%	0,00%	14,64%
Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Tórax y Corazón	Porcentaje de formalización y legalización	0,99%	12,00%	21,72%	0,00%	0,00%	34,71%

ID 07 Cuantificación de las metas físicas de la alternativa seleccionada							
NOMBRE O DESCRIPCION	Unidad de medida	Años del Proyecto / Años Calendario					Total
		0	1	2	3	4	
		2012	2013	2014	2015	2016	
Ejecutar el 100% del Plan Maestro de Equipamientos en Salud, aprobado y programado para su ejecución en el período de gobierno 2012-2016.	Porcentaje avance en la implementación del PMES	12,50%	10,00%	12,50%	35.39%	5,00%	75,39%
Poner en marcha 83 Centros de Salud y Desarrollo Humano al 2016.	Número de Centros de Salud y Desarrollo Humano en funcionamiento	3	1	0	2	0	6
Gestionar la creación de un Instituto Pediátrico Distrital, 2016.	Porcentaje de formalización y legalización	0,15%	11,00%	33,95%	17.58%	0.00%	62,68%
Propender por conformar una ESE pública como entidad especializada de trasplante preferencialmente de corazón, hígado, riñón y pulmón.	Porcentaje de acciones administrativas	0,99%	12,00%	21,90%	0.00%	0,00%	34,89%

8. Grupo Objetivo:

1]. Cuantificación					
Grupo Objetivo[*]	Años del Proyecto / Años Calendario				
	0	01	02	03	04
	2012	2013	2014	2015	2016
POBLACION TOTAL DE BOGOTA D.C	7.571.345	7.674.366	7.776.845	7.878.783	7'980.001
ESE ADSCRITAS A LA SDS	22	22	22	22	22

9. Estudios que Respaldan el Proyecto

Cód	Nombre	Entidad	Fecha
1	Documento técnico de soporte – Plan Maestro de Equipamientos	SDS	2006
2	Documento técnico de soporte – propuesta modificatoria del Plan Maestro de Equipamientos	SDS	2012
3	Plan de Desarrollo Bogotá Humana	Alcaldía Mayor	2012
4	Estudio de la red privada de prestadores	SDS	2008

5	Red de eventos prioritarios	SDS	2011
---	-----------------------------	-----	------

10. Flujo Financiero del proyecto

Ejecutado	Horizonte real del proyecto [años]					Total Proyecto
	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	
	46.864.245.561	20.146.016.884	17.978.162.841	56.479.306.541	131.385.780.000	272.853.511.827

11. Fuentes de Financiación del proyecto

Formato PE-06 - Fuentes de Financiación del proyecto 880.						
Años Calendario	0	1	2	3	4	
TOTAL COSTOS	2012	2013	2.014	2015	2016	TOTAL
Rentas Cedidas: IVA a Licores y productos extranjeros						
FOSYGA						
ICN						
Situado fiscal.						
Sistema General de Participaciones						
Otros Ingresos de la nación: Otras transferencias de la Nación						
Pasivos Exigibles Crédito Banco Mundial						
Aporte Ordinario del Distrito Capital	12.810.346.537	3.900.937.445	4.206.358.601	14.651.367.730	38.500.000.000	74.069.010.313
Aporte ordinario Crédito BIRF	5.834.999.558	7.400.142.000				13.235.141.558
Recursos de Capital	28.218.899.466	8.844.937.439	13.771.804.240	41.827.938.811	92.885.780.000	185.549.359.956
Total Financiación	46.864.245.561	20.146.016.884	17.978.162.841	56.479.306.541	131.385.780.000	272.853.511.827

12. OBSERVACIONES

13. Diligenciamiento:

Nombre	Mauricio Abello Rico.
Cargo	Contratista
Tel.	3649090 Ext. 9512
Fecha actualizado	ENERO DE 2016

14. Concepto de Viabilidad.

15.

Aspectos Revisar: <ul style="list-style-type: none">• Cumple con los lineamientos para la elaboración del documento de "Formulación y Evaluación de Proyectos"?• Es coherente la solución que plantea el proyecto con el problema o situación que se pretende solucionar?• Es competencia de la entidad ejecutar este tipo de proyectos?• Es concordante el proyecto con los lineamientos y políticas del Plan de Desarrollo?	S/N
---	------------

16. Concepto y Sustentación

¿El concepto es favorable?	S/N
----------------------------	------------

Responsables Nombre: JAIRO E. BERJAN VASQUEZ Cargo/ Entidad : DIRECTOR DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGIA
